ITEM 270 : DYSPHAGIE OESOPHAGIENNE

Dysphagie = sensation de gêne ou d'obstacle à la progression du bol alimentaire survenant au cours de la déglutition
- Dysphagie oropharyngée : difficulté à initier la déglutition et à propulser le bol alimentaire dans l'œsophage, gêne/blocage localisé au niveau de la région *cervicale* ➝ causes **ORL** ou **neurologique**
- Dysphagie œsophagienne : sensation de gêne/blocage à la progression du bol alimentaire au niveau *rétro sternale*
- DD : **odynophagie** (douleur), **trouble de la déglutition**, **striction cervicale liée à l'anxiété, anorexie, satiété précoce**

Démarche diagnostic	1ère étape = Interrogatoire		- Electivité : pour les solides (**dysphagie sélective** = organique), associée aux liquides (**dysphagie non sélective**) ou électivité pour les liquides (**dysphagie paradoxale** = fonctionnelle) - Caractéristiques : mode de début, évolution, terrain, signes associés (RGO, signes ORL, AEG…) - Score d'Eckart = degré de dysphagie des troubles moteurs œsophagiens avant et après TTT
	2ème étape = Recherche d'une lésion organique		**- Endoscopie oeso-gastro-duodénale** = **1ère intention** : diagnostic de tumeur de l'œsophage ou d'œsophagite, biopsie systématique ± guidée par colorants vaporisés en spray (lugol, ac. acétique) ➝ Autres examens : à discuter si sténose infranchissable ou aspect de compression extrinsèque - **Scanner thoracique** : lésion médiastinale, extension pariétale, médiastinale et ADP d'un cancer - **Echo-endoscopie** (en l'absence de sténose) : extension pariétale des tumeurs, ADP métastatiques, différencie lésion intra-murale sous-muqueuse et compression extrinsèque - **Transit baryté** : en 2nde intention si sténose infranchissable, diverticule œsophagien, achalasie
	3ème étape = Recherche d'un trouble moteur		➝ En cas d'endoscopie oeso-gastro-duodénale normale (élimine une lésion muqueuse ou une compression extrinsèque) et de biopsies normales (élimine une œsophagite à éosinophiles) **- Manométrie œsophagienne haute résolution** = examen clé : pression de repos du sphincter inférieur de l'œsophage et relaxation lors de la déglutition + analyse du péristaltisme œsophagien ➝ Réalisation : A jeun (6h), en décubitus dorsal ou latéral gauche (position horizontale de l'œsophage), après arrêt des médicaments modifiant la motricité digestive (**neuroleptique, prokinétique, anticholinergique, dérivé nitré, inhibiteur calcique)**
DYSPHAGIE LÉSIONNELLE	= **Sténose organique de l'œsophage** : découverte à l'endoscopie dans la majorité des cas - Signes évocateurs : dysphagie prédominante aux solides, aggravation progressive, retentissement sur l'état général		
	Sténose tumorale		Typiquement irrégulières, ulcéro bourgeonnantes, sténose excentrée, saignant au contact - **Cancer œsophagien** : **épidermoïde** (terrain alcoolo-tabagique), **ADK** (sur endobrachyoesophage)… - **Cancer cardial étendu à l'œsophage** **- Tumeur extrinsèque** : ADP, cancer bronchique, masse médiastinale - Tumeurs bénignes sous muqueuses : léiomyome, GIST, tumeur à cellule granulaire
	Sténose non tumorale		Typiquement fibreuses, régulières, centrée sur la lumière œsophagienne **- Œsophagite peptique** (le plus souvent) : sténose régulière, complique un RGO - **Anneau de Schatzki** : aspect de diaphragme du 1/3 inférieur de l'œsophage, associée à une RGO ou plus rarement à une carence martiale (**syndrome de Plummer-Vinson/Kelly-Paterson**) - Sténose sur **œsophagite à éosinophile, caustique ou radique** - Compression extrinsèque non tumorale **- anastomotique post-opératoire** - cicatricielle après résection endoscopique étendue
	Œsophagite non sténosante	**Œsophagite à éosinophile**	- Prédominance masculine, atopie associée dans 50% des cas (asthme, dermatite…) - **Endoscopie** : normale ou granité blanchâtre, muqueuse épaissie avec fissures linéaires verticales, sténoses uniques ou multiples, aspect en « pseudo-trachée » - **Confirmation biopsique** (systématique) : infiltration à éosinophiles (> 15/champ)
			- Médicamenteuse : **cycline, aspirine/AINS, alendronate, chlorure de potassium** **-** Infectieuse (généralement chez l'immunodéprimé ou le diabétique) **: candidose, CMV, herpès**

<table>
<tr><td rowspan="6">DYSPHAGIE FONCTIONNELLE</td><td rowspan="2">Achalasie</td><td colspan="2">= Cardiospasme = absence complète de péristaltisme dans le corps de l’œsophage, généralement associée à une relaxation du SIO absente/incomplète à la déglutition et une hypertonie au repos : cause inconnue</td></tr>
<tr><td>Signes évocateurs</td><td>- Dysphagie : paradoxale, capricieuse, intermittente, inopinée
- Régurgitations (stase), douleur rétro-sternale constrictive, dénutrition
- Endoscopie : normale au début, puis méga-œsophage à un stade avancé (dilaté, atone)</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="2">Manométrie</td><td>- Absente totale de péristaltisme du corps de l’œsophage : critère obligatoire
- Contraction non propagée d’amplitude très importante : achalasie « vigoureuse »
- Hypertonie avec absence de relaxation du SIO fréquente</td></tr>
<tr><td>- Type 1 = classique : aucune augmentation de la pression œsophagienne en réponse à la déglutition mais défaut de relaxation de la jonction oeso-gastrique
- Type 2 = pressurisation de l’œsophage par compression du bolus ingéré entre le sphincter inférieur et l’obstacle fonctionnel cardial (SIO)
- Type 3 = spastique : ondes œsophagiennes non propagées de grande amplitude</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Tumeur infiltrant cardia : possibles perturbations motrices = pseudo-achalasie néoplasique
➝ Recherche par TDM ou EE si : tardif > 50 ans ou hyperpression importante du SIO
- Maladie de Chagas : pseudo-achalasie due au parasite d’Am. du Sud (Trypanosoma cruzi)</td></tr>
<tr><td>PEC</td><td>↘ Pression du SIO : - Section musculaire chirurgicale par cœlioscopie
- Dilatation pneumatique sous endoscopie
- Pharmacologique (efficacité inférieure) = dérivés nitrés sublinguaux, infiltration intra-sphinctérienne per-endoscopique de toxine botulique</td></tr>
<tr><td>Autres causes</td><td colspan="2">- Spasmes œsophagiens = maladie des spasmes diffus de l’œsophage : 20% ou plus de contractions œsophagiennes prématurées : douleur angineuses
- Œsophage marteau-piqueur : Hyper contractile avec 20% ou plus de contractions œsophagiennes d’intensité élevée : douleurs angineuses
- Péristaltisme œsophagien inefficace : 50% ou plus des contractions sont faibles ou absentes : dysphagie + RGO + clairance œsophagienne diminuée
- Péristaltisme œsophagien absent : 100% des contractions sont absentes : dysphagie + RGO + clairance œsophagienne diminuée

/!\ au cours de ces troubles moteurs, la relaxation du SIO est normale /!\</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dysphagie fonctionnelle secondaire</td><td>- RGO
- Collagénose : sclérodermie, dermatomyosite, lupus
- Atteinte nerveuse ou musculaire : diabète, amylose, myasthénie</td></tr>
</table>